Government of Canada
National Advisory Council on Aging

Gouvernement du Canada
Conseil consultatif national sur le troisième âge

Seniors from ethnocultural minorities

Seniors on the margins

Canada

Seniors on the margins

Seniors from ethnocultural minorities

National Advisory Council on Aging

106-01489/

Please send your comments, queries or change of address notice to:

National Advisory Council on Aging
Postal Locator: 1908 A1, 8th Floor
OTTAWA, Ontario
K1A 1B4

Tel: (613) 957-1968
Fax: (613) 957-9938
E-mail: info@naca-ccnta.ca
Web site: www.naca.ca

This publication is also available, upon request, in alternate formats. It can be consulted and downloaded at Web site: www.naca.ca

The Division of Aging and Seniors of the Public Health Agency of Canada provides operational support to the National Advisory Council on Aging.

SENIORS ON THE MARGINS... is a series of policy papers presenting NACA opinions and recommendations on the needs and concerns of seniors who are marginalized, or at risk of marginalization in Canadian society.

1st printing, 2005

© Minister of Public Works and Government Services Canada 2005

Cat.: H88-5/1-2005E
ISBN: 0-662-68396-X

Cover photos: Health Canada

Table of contents

Preface 1

Introduction 2

Definitions 2

Overview 3

Key issues 4

- Income 5
  - *Recommendations* 7
- Physical health 7
- Mental health 9
- Health care use 10
- Long-term care 12
  - *Recommendations* 13
- Family support and community services . . . 14
  - *Recommendations* 16
- Information needs 17
  - *Recommendations* 19

Conclusion 20

Acknowledgements 21

Appendix 22

References* 23

*A full bibliography is available at the end of the same title document posted on the NACA Web site at: www.naca.ca

The National Advisory Council on Aging (NACA) is an arm's length body of citizens appointed by Order in Council to advise the Minister of Health on issues pertaining to seniors' health and the aging of Canada's population.

Seniors from ethnocultural minorities

Preface

By 2021, seniors will form 18% of Canada's population, compared to 12.5% in 2000. This aging of Canada's population supposes a need for responsive policies, programs and services to serve the growing number of Canadian seniors. While general consciousness of this need is rising and some changes are very slowly taking shape to address them, we need to ask if the effort to adapt our society takes into account the seniors of Canada who are not part of the mainstream... those from ethnic minorities, those who have lived with developmental disabilities, those with low incomes, etc.

According to a UNESCO definition, "marginalization occurs when people are systematically excluded from meaningful participation in economic, social, political, cultural and other forms of human activity in their communities and thus are denied the opportunity to fulfill themselves as human beings." In this land of equal opportunity, how are seniors on the margins faring?

The NACA publication series **Seniors on the margins** looks at the situation of those Canadian seniors who, because they are not part of the majority, may not have access to the resources needed to age in comfort and health. In each paper of this series, NACA examines the causes and key issues of marginalization and proposes strategies and recommendations to remedy the situation. This paper looks into the situation of Canadian seniors from *ethnocultural minorities*.

National Advisory Council on Aging

Introduction

Canada's population is not only aging, it is also becoming increasingly diverse: more than 200 ethnic groups were reported in the 2001 Census. Yet for the most part, aging-related programs and policies continue to treat the seniors population as a homogeneous group and the variety of needs, concerns and histories of ethnocultural minority seniors often go unrecognized.

The purpose of this document is to examine the key challenges and disadvantages that ethnocultural minority seniors can face in terms of income, health, health care and family and community support, and to recommend policy directions to ensure that they have the same opportunity for health and well-being as other seniors in Canada.

Definitions

The term "ethnocultural minority senior" refers here to:

- seniors whose ethnicity, religion, race or culture are different from mainstream Canadians (including those born in and outside of Canada)
- immigrants* who have aged in Canada
- seniors who immigrated to Canada late in life

Each of these sub-populations of ethnocultural minority seniors will have different issues and experiences that impact on their health and well-being. For example, a senior who has recently immigrated to Canada will face challenges that are different from a senior who immigrated 30 years ago. A Canadian-born senior who is a member of a visible minority will, in turn, face different issues than a senior who immigrated but does not belong to a visible minority. Nevertheless, as members of an ethnocultural minority, these groups share the reality of being set apart from the majority, one way or another, and this reality can create barriers that leave them at risk for being marginalized.

*The term "immigrant" refers to a person who is, or has been, a landed immigrant in Canada. A "landed immigrant" is a person who has been granted the right to live in Canada permanently by immigration authorities. The term includes refugees. "Recent immigrants" or "new immigrants" refer to people who gained landed immigrant status between one and five years ago. (Statistics Canada, 2001 Census Dictionary).

Overview

Canada's older population reflects the aging of long-established immigrants who came to Canada during the first half of the 20th century; in fact, the majority of the older immigrant population have been in Canada a long time. There is also a smaller senior immigrant population that settled in Canada late in life. In addition, a sizeable group of immigrants are now close to entering their senior years.

In 2001:

- *71.4% of Canada's seniors were born in Canada, 28.4% had immigrated to Canada.*
- *Of Canada's aging immigrant population, 61% arrived before 1961, 24% arrived in the 1960s and 1970s and 15% arrived between 1981 and 1996.*
- *19.4% of the immigrant population were aged 65 and over; 6.2% had immigrated within the last 10 years.*
- *Immigrants aged 45-64 made up 35.6% of the immigrant population; 13.6% of them had arrived in the last 10 years.*

Because of changing immigration patterns, immigrant provenance has shifted from Europe to Asia, Africa and the Middle East. The result is that Canada now has a population made up of very diverse cultures, religions and languages. To illustrate, by

1994, Europe accounted for only 17% of immigration whereas immigrants from Asia accounted for 57%. The visible immigrant population is growing at a faster rate than the total population. Between 1996 and 2001, the total population grew by 4% while the visible minority population rose by 25%. The Canadian visible minority population is expected to increase to 7.1 million in 2026, from 2.7 million in 1996.

This is why it is so crucial to understand the challenges that ethnocultural minority seniors face and that can put them at risk for "living on the margins." In developing policies and programs for an aging Canadian society, ethnic and cultural diversity needs to be taken into account.

Key issues

A number of factors contribute to the marginalization of ethnic minority seniors. Barriers to health care and other services such as those stemming from language and culture differences, discrimination and racism, or a lack of access to income sources, can lead to situations of isolation, dependency and poverty. Other factors such as being born in or outside of Canada, the age at immigration and the number of years worked since immigration can also play significant roles in the degree to which barriers exist. Marginalization, however, is not limited to only those born outside of Canada. Many Canadian-born seniors from ethnocultural minorities face difficulties resulting from cultural insensitivity and racism. Creating solutions to meet the needs of an aging population that is increasingly diverse will require joint efforts on the part of health care providers, government, service agencies as well as ethnic minority seniors themselves.

Income

Improvements to seniors' economic well-being have not been shared equally across the seniors population. In 1995, older immigrant men received 8.5% less income than Canadian-born men, while older immigrant women received 9.2% less income than Canadian-born women. Immigrant seniors, especially women, face higher rates of poverty than seniors born in Canada. In 1995, 17.5% of immigrant senior men and 26.5% of immigrant senior women had low incomes compared to 11.5% of non-immigrant senior men and 23% of non-immigrant senior women.

This inequality can partially be explained by Canada's pension system, which assumes that people will save over their working years in order to fund their retirement. For seniors who came to Canada in their middle age, late entry into the Canadian labour force means that they will have had less time to accumulate savings for their retirement than people who have worked their entire life in Canada. Compounding this is the fact that immigrants usually arrive with little personal wealth. Although Canadian immigrants tend to have lower than average incomes in their first years in Canada, in the past, most have generally been able to catch up to their Canadian-born counterparts. However, this appears less likely for the future and the Canadian Council for Social Development expressed concern that "recent immigrants are having greater difficulties in the labour market than did previous immigrants, and that their incomes may never reach the Canadian average."

The income disadvantage faced by Canada's immigrants is illustrated by reports that the prospect for retirement is much more uncertain for immigrant adults than it is for their non-immigrant counterparts. According to recent national survey results, close to one-half of non-retired immigrants aged 45-59 do not know if or when they will retire. One-half also expressed concerns about the adequacy of their financial preparations for retirement. In comparison, only one-third of non-immigrant pre-retirees do

not plan or do not know when they plan to retire and feel that they have not been able to make adequate financial preparations for retirement.

The economic situation of recently-arrived older immigrants is even less secure. In fact, the older the age at immigration, the more likely one will live in poverty. For those who arrived later in life, accessing sources of income is particularly challenging. With little or no work history in Canada (necessary to qualify for Canada/Quebec Pension Plans) and a 10-year residency requirement to qualify for the Old Age Security benefit, many immigrant seniors are unlikely to be able to access public pensions. And even after 10 years, they are only eligible for partial benefits and do not qualify for full benefits until they have lived in Canada for 40 years.

Furthermore, opportunities for work are limited: cultural and linguistic differences, non-recognition of foreign credentials and structural barriers due to racism can hamper access to education, training and employment opportunities. In addition, mandatory retirement policies which force retirement at age 65 can impose significant economic hardship on those who depend on employment income.

Canadian-born members of visible minority populations are also at risk for low incomes and are more likely to live in poverty than Canadian-born members of non-visible minorities. According to one study, they have lower earnings than their non-visible minority counterparts even when factors such as potential employment experience, education, occupation and industry are taken into account. This suggests that there is discrimination in hiring and workplace practices.

Recommendations concerning income

Provincial governments, in collaboration with the federal government should:

1) Abolish mandatory retirement policies and amend provincial and federal human rights legislation which permit discrimination on the basis of age so that older ethnocultural minority seniors are able to continue to earn income.

2) Work with professional governing bodies to facilitate the recognition of foreign credentials and confirmation of professional standards/competencies.

3) Provide support for agencies to undertake skills education and retraining, development, vocational rehabilitation and job placement for older immigrant adults.

4) Create job placement programs for seniors where they don't exist, which could include government programs subsidizing employers to hire seniors in part-time or full-time jobs.

Physical health

Culture is a determinant of health. One's own cultural values may influence perceptions of health and illness, health practices, behaviours, decisions to consult with a health provider and even how one perceives the seriousness of a health condition. Health is also influenced by the values of the society in which we live. Values shape the attitudes that contribute to the perpetuation of stigmatization, loss or devaluation of language and culture and lack of access to culturally appropriate health care and services.

For example, the rate of diabetes is higher among certain ethnic minority groups such as South Asian- and Afro-Canadians. One explanation for this could be that ethnic minority groups often do not get screened for diabetes due to language and cultural barriers. In addition, most diabetes and other information related to healthy lifestyles (for example, diet and physical exercise) is written for the dominant cultural and linguistic population and therefore does not reach members of ethnic minority groups. There are very few outreach programs for the prevention and management of diabetes that target seniors from ethnocultural minority groups.

In recognition of the growing problem of diabetes among ethnic minority seniors, the Canadian Ethnocultural Council has recently developed and pilot-tested a variety of multilingual information tools related to diabetes and physical activity. Ethnocultural organizations need support to adapt and deliver these resources to their own particular communities.

Medication use is another illustration of how ethnicity and culture impact on health. The use of culture-specific traditional medicines is a relatively common practice among certain ethnocultural groups. Used in combination, traditional and Western medications can cause adverse drug reactions, yet many health providers may not be aware of the dual medication approach of their senior patients. A study of Chinese-Canadian older persons found that fear of ridicule or disapproval may be preventing these seniors from informing physicians that they use traditional medicines. Given their findings, these researchers argued that, "it is important to understand not only the physiological effects of drug use (both Western and TCM*) but also the social context of medication use in cultural minorities."

*Traditional chinese medicines (TCM)

Mental health

Mental health is also of concern in ethnocultural minority seniors, particularly those who have immigrated recently, yet such problems tend to go unrecognized and untreated. The Canadian Ethnocultural Council found that survey respondents were most likely to not answer questions related to mental health. The Council noted that this was not surprising since in many cultures, issues related to mental health are a private matter. Compounding this is the fact that most mental health services are not tailored to meet the needs of ethnic minority groups, so that even those seniors who search for help may not receive the help they need. For example, a recent study of Chinese seniors in Canada found that even though this group reported lower levels of mental health and higher levels of depressive symptoms compared to the general seniors population, their level of use of mental health services was extremely low.

While seniors of all cultures face a certain risk for mental health problems due to the losses that can accompany aging (loss of family, certain physical capacity, paid work, identity or status, etc.), immigrant seniors must cope with a particular set of stressors due to their experience of leaving their homeland. Being uprooted from one's culture of origin, having poor understanding of the dominant culture, facing language barriers and suffering from a lack of meaningful contact with persons outside the family can contribute to isolation and depression. Older immigrant women are at particular risk for mental health problems and are one of Canada's most isolated groups. Older women who join their families in Canada often take on the role of caregiver of grandchildren – a role that can keep them isolated from peer group members, placing them at greater risk for depression and loneliness.

Health care use

Ethnocultural minority seniors face a number of barriers to accessing health care. Culturally specific belief patterns about illness and health influence perceptions of illness and attitudes towards health care utilization and may influence an older person's willingness to consult a health professional, resulting in undetected health problems. Because of language barriers, many of these seniors may also not be able to explain their health problem, ask for the type of service they need or indeed ascertain whether or not the service exists. And, once the service has been identified, language and cultural barriers may impede access. In addition, communication difficulties (stemming from language and cultural differences) can lead to inappropriate health care, such as inefficient treatment, unnecessary testing and premature discharge.

Mrs. T. is a senior who immigrated to Canada from Vietnam as a young woman. She married and stayed at home to raise children while her husband worked outside the home. As is often common, her children adopted a Western way of life and when her husband got sick, she could not get the help she needed from her adult children. So, Mrs. T. made most of the hospital visits alone. At the hospital, she tried to communicate what she believed her husband needed but, due to her limited English, found that she could not make herself understood and yet, the hospital never provided her with interpretation services. Mrs. T. believes that her husband's death could have been made easier were it not for the language barrier.

Even though language has been identified as one of the greatest barriers to accessing health information, services and care, very little resources exist for interpretation services. Instead, health institutions and facilities tend to call upon family members to fill the role of interpreter, and, where there is no family, rely on ethnic minority staff members. This places a great deal of strain and pressure on these staff persons, mostly women, to pick up the slack where governments have left off. Furthermore, it is not only recent immigrants who face struggles due to language. Even seniors who settled in Canada years earlier, may have never had the opportunity to fully develop their English or French language skills.

"When the doctor and the physiotherapist had a meeting, they asked me to attend. I sat there like a piece of wood and I did not understand their conversation. I did not know what had happened. I just sat there like a block of wood."

Other barriers impeding health care utilization include the lack of ethnic-specific programs and health professionals who understand the user's culture. One researcher found that ethnic minority seniors are poorly served by the mental health service delivery system given the lack of resources for cross-cultural geriatric mental health programs, a lack of understanding of mental health issues of visible minority older adults among mental health professionals and a lack of mental health counselling and psychological services in non-official languages.

A study of immigrant seniors in Ontario from Asian, Central American, South American and African backgrounds found that home care services were used less by these populations than by Canadian-born and immigrant seniors from America, Europe and Australia. The authors suggested that it was "perhaps in part that they were unaware of these home and community services or found these services to be insensitive to their cultural needs."

Culture also plays an important role at the end of life. Yet, end-of-life care is often reduced simply to physical care without an understanding of how culture influences values and beliefs related to the process of dying.

Long-term care

More and more seniors of ethnic minorities are being institutionalized in facilities that were created for the dominant culture. While most seniors entering a long-term care facility face many challenges (due to a change of living environment, loss of support system, and loss of independence and privacy), adjustment is even harder for ethnic minority seniors. Researchers have identified three main difficulties for this group: loss of family, loss of culture (including ability to communicate in own language) and loss of community. How seniors cope with these losses varies and is often influenced by cultural norms. For example, seniors from ethnic groups whose cultural norms demand adult children to care for aging parents may experience feelings of shame, rejection and dishonour.

Mr. P. has recently undergone a surgical procedure and is currently in the hospital. After a short period of time, the staff have labelled him "a non-compliant" patient because he continues to get out of bed even though he was clearly instructed not to do so in order to heal. What the staff don't know is that, as a Muslim, Mr. P. is meeting his religious obligation to face Mecca and pray five times a day.

Compounding these losses is the fact that institution staff are often unaware of the history of prejudice and discrimination that their ethnic minority residents may have experienced and may not provide adequate social and emotional supports. This, in combination with the experience of loss, can contribute to a deterioration of physical and mental well-being in many ethnic minority seniors residing in long-term care institutions.

Recommendations for health and health care

Governments, universities, colleges and/or health facilities and agencies should:

5) Ensure that basic and continuing education of health care providers include a component that fosters an understanding of the ethnic and cultural dimensions of health, the varying beliefs regarding health and health care and how to work with clients and families from different ethnocultural communities.

6) Create mental health services which are designed specifically for, or respond to, the needs of ethnic minority seniors.

7) Develop policies that will lead to the recruitment of more persons from ethnic minorities so that health and social service providers better reflect the diverse ethnic population. (For example, through policies that will lead to the recognition of professional credential or employment equity policies for professional education programs.)

8) Support health promotion and the development and dissemination of other physical and mental health resources, programs and services that are linguistically and culturally specific.

9) Provide support to community organizations to adapt existing resources and programs to meet the needs of their particular ethnic community.

10) Create programs to facilitate transition to long-term care, in partnership with ethnocultural community organizations.

11) Provide resources to ensure the availability of interpretation services within health facilities and institutions.

Family support and community services

There is a common assumption that most seniors from ethnic minority communities are cared for by their families, that is, that "they look after their own." While there remains more to learn about ethnicity and patterns of family support for older relatives, we do know that co-residency of families can be an important factor for support and there appears to be a great variation in the degree to which family support is provided. Although cultural norms are often assumed to be the main explanation given for co-residency, in many cases it may simply be a result of economic necessity: adult children who sponsor their parents are financially responsible for them for ten years after they arrive in Canada. Yet, little is known about the quality of support provided to seniors in these settings and the impact of this dependency on their well-being.

Idealizing ethnic families as being highly supportive is a mistake and creates the risk of neglecting the need of ethnic seniors for formal supports and community programs. To successfully reach this population group, community programs need to be designed to meet a diversity of interests and needs. Innovative methods must be found to break through the cultural and linguistic barriers that keep ethnocultural minority seniors isolated and prevent them from participating in recreational and social activities. Such programs would have the combined effect of providing education on healthy lifestyles, helping to improve language skills and offering support.*

Cultural competency implies that one is sensitive to diverse ethnocultural perspectives and willing to respond to individual needs, wants and preferences in a culturally sensitive and appropriate manner.

*For more information regarding "best practices" for serving ethnocultural minority populations, see the Appendix.

English or French language classes specifically designed for older immigrants can play an important role in the process of integration into the broader community and address many of the risk factors that can lead to isolation of older adults. A "best practice model" for an ESL/FSL program recognizes that language classes are more than just about learning language; it can and should "be a means of building social networks, conveying information about access to health and social services, and fostering new friendships among persons from diverse cultural backgrounds." However, while government-sponsored language programs for recent immigrants have no age cutoffs, it is likely that they are not tailored to meet the particular needs of older immigrants.

"I am very interested in learning English. Now that I am attending an ESL program, everything is different for me. I am not isolated anymore. I have met warm and friendly people."

St. Christopher's Health Action Theatre for Seniors (HATS) in Toronto, includes Portuguese- and Vietnamese-speaking senior actors. It created 27 different non-verbal short plays on health-related topics such as caregiving, heart health, nutrition, gambling, substance abuse, fraud, safety, abuse and neglect, and communication with health providers. The HATS program was supported by the SHARE Award program and was effective in reaching St. Christopher's senior immigrant communities.

Recommendations for family and community support

All levels of government, universities, colleges and/or service agencies should:

12) Provide stable operational funding to community organizations that serve ethnic minority seniors, as well as to existing organizations to expand their programs in order to create new opportunities for seniors from diverse backgrounds to congregate.

13) Recognize ESL/FSL as an important tool for contributing to the process of integration of newcomers to Canada and ensure that some classes be specifically designed for older populations and made readily available at no cost.

14) Review their services to determine the extent to which they meet the linguistic and culturally determined needs of ethnic minority seniors. In doing so, the "best practice guidelines" of the Canadian Council for Refugees should be followed.

15) Increase the number of volunteers and community/social service professionals of different ethnic backgrounds working in health and social service organizations.

16) Provide training to service agencies to ensure a better understanding of cultural and ethnic differences and how to best serve clients of various backgrounds.

17) Provide housing options so that seniors have a choice regarding whether or not to live with other family members.

18) Create a national clearinghouse to facilitate the sharing and dissemination of models, information and other resources that will help organizations and agencies meet the needs of ethnocultural communities.

19) Increase representation of ethnic minority seniors on national, provincial, and community planning, policy and program advisory boards.

20) Specifically include ethnic diversity as an important consideration in national and local planning for an aging society.

Information needs

There has not been a lot of research done in Canada on aging and ethnicity. The Metropolis Project currently being carried out will be providing new knowledge on issues of immigration. It is an international forum for comparative research and public policy development about population migration, cultural diversity

From 1999 to 2003, the SHARE awards (through the University of Pennsylvania) provided funding to small community-based organizations in Canada and the United States to improve the health of elders from racially, ethnically and culturally diverse backgrounds. Among the number of outcomes of this program: increased knowledge about the needs of older ethnic minority seniors and new models and services to address this population.

and the challenges of immigrant integration in cities in Canada and around the world. The goal is to improve policies for managing migration and cultural diversity in major cities. However, only a few of the Metropolis studies on immigrants have focused specifically on seniors. More research on this population is required, as is new knowledge about the impact of ethnicity on the aging process, and its implications for health and well-being, the particular needs of ethnic minority seniors and the development of appropriate responses to these needs.

The impact of ethnicity on seniors' adjustment to long-term care is not well understood, in particular, more information is needed on the rate of physical and mental decline and the rate of mortality among ethnic minority seniors compared to that of seniors from majority groups. A study (for the Metropolis Project) is currently examining the integration experiences of immigrant seniors; one aspect of this study will look into culturally sensitive practices within long-term care institutions.

Recommendations for research and data collection

21) Public and private research funding bodies should give priority to funding research on issues related to the health and well-being of ethnic minority seniors and ensure that any analysis of public data on ethnocultural communities include reports on age cohorts over the age of 65. Possible areas of research include:

- effectiveness of existing employment-related policies and programs for helping immigrant seniors to get access to employment
- under-utilization of health and social services by ethnocultural communities
- effective ways for reaching older ethnic minority seniors with or at risk for mental health problems
- appropriateness of ethnically sensitive services within general services for seniors vs. ethnic-specific services
- impact of multigenerational households and family dependency on the well-being and quality of life of ethnic seniors
- formal and informal support-seeking patterns of families of seniors from various ethnic backgrounds

22) National scale surveys and health studies should include an adequate sample size of ethnocultural minority seniors so that the evolution of their health and well-being can be better monitored with valid data.

Conclusion

This paper has provided an overview of some of the key issues that contribute to the marginalization of seniors from ethnocultural communities. Seniors whose language and/or culture are different from the majority can find themselves isolated and at risk for physical and mental health problems and poverty. In addition, seniors who have recently immigrated to Canada, especially women, are at particular risk of being marginalized.

Given that Canada's population is not only aging but is also becoming increasingly diverse, it is crucial that the factors for marginalization be well understood in order that action can be taken to ensure the full integration, improved quality of life and equality of seniors from ethnocultural minority communities.

We trust that NACA's recommendations to improve income, to provide better access to health, community support and long-term care services, and to increase research into ethnicity and aging will provide tools for reducing marginalization of Canada's seniors from ethnic minorities.

Acknowledgements

The Council wishes to acknowledge the contributions of the following people in the development of its position paper:

- Prof. Anju Joshi, McMaster University; and Ms. Sucy Eapen, Canadian Ethnocultural Council (CEC), for providing comments on earlier versions of this paper;
- Gail Elliott, McMaster University, for providing the case scenarios which appear in boxes in this paper;
- Dr. Hugh Grant, University of Winnipeg; Dr. Laura Taylor, University of Windsor; Dr. Daniel Lai, University of Calgary; and Dr. Gwen Yeo, Stanford Geriatric Education Center, for providing advance copies of their research papers; and
- Ms. Sucy Eapen, (CEC); and Ms. Doris Rajon, Roeher Institute, for presenting at the workshop "Seniors Living on the Margins," hosted by NACA at the Annual Scientific and Educational Meeting of the Canadian Association on Gerontology in October 2003.

Appendix

Canadian Council For Refugees – *Best Practices for Settlement Services for Refugees and Immigrants in Canada*

The underlying principles of these guidelines can be applied/ adopted when developing various programs and services for ethnocultural minority seniors:

1. Services are accessible to all who need them.
2. Services are offered in an inclusive manner, respectful of, and sensitive to, diversity.
3. Clients are empowered by services.
4. Services respond to needs as defined by users.
5. Services take account of complex, multifaceted, interrelated dimensions of settlement and integration.
6. Services are delivered in a manner that fully respects the rights and dignity of the individual.
7. Services are delivered in a manner that is culturally sensitive.
8. Services promote the development of newcomer communities and newcomer participation in the wider community and develop communities that are welcoming of newcomers.
9. Services are delivered in a spirit of collaboration.
10. Service delivery is made accountable to the communities served.
11. Services are oriented to promoting positive change in the lives of newcomers and in the capacity of society to offer equality of opportunity for all.
12. Services are based on reliable, up-to-date information.

References

A full bibliography is available at the end of the same title document posted on the NACA Web site at: www.naca.ca

1. Grant H. M. K. and G. Wong Grant. "Age Discrimination and the Employment Rights of Elderly Canadian Immigrants." Paper prepared for the Law Commission of Canada, September 2002, p. 10. Online: www.lcc.gc.ca/en/themes/pr/oa/grant/toc.asp

2. *Ibid.*, p. 11.

3. Jackson, A. "Poverty and Racism." *Perception*, Vol. 24, No. 4. Canadian Council on Social Development, Spring 2001, p. 6. Online: www.ccsd.ca/perception/244/racism.htm

4. Statistics Canada. "General Social Survey: Social support and aging." *The Daily*, September 2, 2003. Online: www.statcan.ca/Daily/English/030902/d030902a.htm

5. Kazemipur, A. and S. S. Halli. "Poverty Experiences of Immigrants: Some Reflections." *Canadian Issues*, April 2003.; Grant, H. M. K. and G. Wong Grant, *op. cit.*

6. Jackson, A., *op. cit.*, p. 7; Canadian Heritage. "Visible Minority Workers are at Greater Economic Risk." Canadian Heritage, 1998, p. 1. Online: www.pch.gc.ca/progs/multi/evidence/series2_e.cfm

7. Tjam, E. Y. and J. P. Hirdes. "Health, Psycho-social and Cultural Determinants of Medication Use by Chinese-Canadian Older Persons." *Canadian Journal on Aging*, Vol. 21, No. 1, Spring 2002, pp. 64, 71.

8. University of Calgary. "Health and Well Being of Chinese Seniors in Canada." Summary of research led by Dr. Daniel Lai, Faculty of Social Work, University of Calgary, January 15, 2003. Online: www.fp.ucalgary.ca/unicomm/news/Jan_03/chinese.htm

9. Taylor, L.; S. Taylor-Henley; P. Newman; M. Cheung and L. Spearman. "Resiliency and Well-Being: Reflections of Older Adults on Immigration." *Final Project Report.* Submitted to the Prairie Centre of Excellence for Research on Immigration and Integration, August 2003.

10. Kobayashi, K. M. cited in Gee, E.; K. M. Kobayashi and S. G. Prus. "Examining the 'Healthy Immigrant Effect' in Later Life: Findings from the Canadian Community Health Survey." *SEDAP Research Paper,* No. 98. McMaster University, March 2003, p. 16. Online: http://socserv.socsci.mcmaster.ca/sedap/p/sedap98.pdf

11. Gee, E. et al., *op. cit.*

12. Maurier, W. L. and H. C. Northcott. *Aging in Ontario: Diversity in the New Millennium.* Calgary: Detselig Enterprises Ltd, 2000, p. 165.

13. National Advisory Council on Aging. *1999 and Beyond: Challenges of an Aging Canadian Society.* Ottawa: 1999, p. 13.

14. Brotman, S. "The limits of multiculturalism in elder care services." *Journal of Aging Studies,* Vol. 17, 2003, pp. 215, 226.

15. *Ibid.,* p. 225.

16. *Ibid.,* pp. 215, 226.

17. Lai, D. W. L. "Health status of older Chinese in Canada: Findings from the SF-36 Health Survey." *Canadian Journal of Public Health,* Vol. 95, No. 3, 2003.

18. Maurier, W. L. and H. C. Northcott., *op. cit.*, p. 166.

19. Ross, M. M.; M. J. MacLean and R. Fisher. "End-of-Life Care for Seniors: Public and Professional Awareness." *Educational Gerontology,* Vol. 28, No. 5, 2002, pp. 1-13;
Elliot, G. *Cross-Cultural Awareness in an Aging Society: Effective Strategies for Communication and Caring.* McMaster University, 1999.

20. Ujimoto, K. V. "The Ethnic Dimensions of Aging in Canada" in R. Neugebauer-Visano, *Aging and Inequality: Cultural Constructions of Difference.* Toronto: Canadian Scholar's Press, 1995.

21. Maclean, M. and R. Bonar. "The Ethnic Elderly in a Dominant Culture Long Term Care Facility" in M. Novak, *Aging and Society: A Canadian Reader.* Scarborough: Nelson Canada, 1995.

22. Ujimoto, K. V., *op. cit.*

23. Keefe, J.; C. Rosenthal; F. Beland and K. V. Ujimoto. "The Impact of Ethnicity on Helping Older Relatives: Findings From a Sample of Employed Canadians." *Canadian Journal on Aging,* Vol. 19, No. 3, 2000.

24. *Ibid., op. cit.;*
Brotman, S., *op cit.*, pp. 209-229.

25. Elliot, G., *op. cit.*

26. Taylor, L. et al., *op. cit.*, p. 6.

27. *Ibid.,* p. 29.

28. Health Action Theatre for Seniors, St. Christopher House Older Adult Centre.
Online: www.seniorstheatre.org/about_us.html

29. Metropolis Canada.
Online: http://canada.metropolis.net/

30. Yeo, G.; H. Ashbridge; K. Jedrziewski; B. Choplick and J. Johnson. *SHARE: Unique Role of Community Based Organizations in Health Services Delivery to Older Ethnic and Cultural Minorities.*
Philadelphia: Institute on Aging, University of Pennsylvania and GlaxoSmithKline, 2004. To order: hewetta@mail.med.upenn.edu

Gouvernement du Canada
Conseil consultatif national sur le troisième âge

Government of Canada
National Advisory Council on Aging

Les aînés des minorités ethnoculturelles

Aînés en marge

Canada

Aînés en marge

Les aînés des minorités ethnoculturelles

Conseil consultatif national sur le troisième âge

Pour plus de renseignements sur ce document ou pour signifier un changement d'adresse, communiquer avec :

Conseil consultatif national sur le troisième âge
Indice de l'adresse : 1908A1, 8e étage
Ottawa (Ontario)
K1A 1B4

Tél. : (613) 957-1968
Téléc. : (613) 957-9938
Courriel : info@naca-ccnta.ca
Internet : www.ccnta.ca

Cette publication est disponible, sur demande, en formats substituts. On peut aussi la consulter sur Internet à l'adresse donnée plus haut.

La Division du vieillissement et des aînés, Agence de santé publique du Canada, fournit un appui fonctionnel au Conseil consultatif national sur le troisième âge.

Dans le présent document, l'usage générique du masculin est employé pour représenter les hommes et les femmes et uniquement dans le but d'alléger le texte.

AÎNÉS EN MARGE... est une série de documents présentant les opinions et les recommandations du Conseil relativement aux besoins et aux préoccupations des aînés en marge ou à risque de le devenir.

1ère impression, 2005

©Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada 2005

Cat. : H88-5/1-2005F
ISBN : 0-662-68396-X

Photos en couverture : Santé Canada

Table des matières

Préface 1
Introduction 2
Définitions 2
Aperçu 3
Enjeux 4
- Revenu 5
  - *Recommandations* 7
- Santé physique 8
- Santé mentale 9
- Utilisation des soins de santé 10
- Soins prolongés 13
  - *Recommandations* 14
- Soutien familial et services communautaires . 15
  - *Recommandations* 17
- Besoins en matière d'information 19
  - *Recommandations* 20

Conclusion 22
Remerciements 23
Annexe 24
Références* 25

*Une bibliographie complète est disponible dans le document du même titre affiché dans le site Web du Conseil : www.ccnta.ca

Le Conseil consultatif national sur le troisième âge (CCNTA) est un corps indépendant formé de citoyens nommés en vertu d'un décret en Conseil. Son mandat est de conseiller le ministre fédéral de la Santé en matière de santé des aînés et du vieillissement de la population canadienne.

Les aînés des minorités ethnoculturelles

Préface

D'ici 2021, les aînés constitueront 18 % de la population du Canada, comparativement à 12,5 % en 2000. Ce vieillissement de la population canadienne crée un besoin en matière de politiques, de programmes et de services adaptés. Alors que la conscience collective de ce besoin augmente et que certains changements prennent lentement forme, nous devons nous demander si l'effort d'adaptation de notre société tient compte des aînés du Canada qui ne font pas partie de la majorité... ceux des minorités ethniques, ceux qui vivent avec un handicap, ceux qui sont vulnérables sur le plan économique, etc.

Selon une définition de l'UNESCO, « le phénomène de marginalisation se manifeste lorsque les gens sont systématiquement exclus d'une participation économique, sociale, politique, culturelle et de toute autre forme d'activité humaine significative qui se tient dans leur communauté, et qu'ils sont ainsi privés de l'occasion de s'accomplir en tant qu'être humain ». Dans un pays comme le nôtre, qui se targue d'offrir des chances égales à tous ses citoyens, comment les aînés marginalisés s'en sortent-ils?

La série **Aînés en marge** du Conseil consultatif national sur le troisième âge (CCNTA) explore la situation des aînés canadiens qui, parce qu'ils ne font pas partie de la majorité, n'ont peut-être pas accès aux ressources nécessaires pour vieillir en santé. Dans cette série, le CCNTA examine les causes et les enjeux de la marginalisation et propose des stratégies et des recommandations. Le présent document se penche sur la situation des aînés du Canada qui font partie des *minorités ethnoculturelles*.

Conseil consultatif national sur le troisième âge

Introduction

Non seulement la population canadienne vieillit, mais elle devient de plus en plus diversifiée. Le recensement de 2001 nous indique qu'il y a plus de 200 groupes ethniques au Canada. Toutefois, le plupart des programmes et des politiques continuent de considérer les aînés comme un groupe homogène, et la diversité des besoins, des préoccupations et des situations des aînés des minorités ethnoculturelles est souvent ignorée.

Ce document examine les principaux défis et obstacles auxquels peuvent être confrontés les aînés des minorités ethnoculturelles – relativement au revenu, à la santé, aux soins de santé et au soutien familial ou communautaire – et propose des orientations stratégiques pour assurer le bien-être de ces personnes.

Définitions

Le terme « aînés des minorités ethnoculturelles » désigne les personnes suivantes :

- aînés dont l'ethnie, la religion, la race ou la culture diffère de celle de la majorité des Canadiens (qu'ils soient nés au Canada ou non)
- immigrants* ayant vieilli au Canada
- aînés ayant immigré au Canada à un âge tardif

Chacun de ces groupes d'aînés des minorités ethnoculturelles fait face à des situations et à des problèmes particuliers qui ont une incidence sur leur santé et leur bien-être. Par exemple, un aîné ayant récemment immigré fera face à des défis différents de ceux d'un aîné ayant immigré il y a 30 ans; un aîné immigrant de race blanche rencontrera des problèmes différents de ceux d'un aîné qui est né au Canada, mais qui fait partie d'une minorité visible.

*Le terme « immigrant » réfère dans ce document à une personne qui est, ou a déjà été un immigrant admis au Canada.

Ces membres des minorités ethnoculturelles partagent surtout une situation qui peut créer des obstacles et faire d'eux une population à risque de marginalisation.

Aperçu

La population des aînés du Canada comporte une large proportion d'immigrants qui se sont établis au pays pendant la première moitié du 20e siècle. Il y a également un petit segment de la population d'immigrants qui se sont installés au pays à un âge plus tardif. De plus, un nombre assez important d'immigrants sont sur le point de devenir « aînés ».

En 2001 :

- *71,4 % des aînés du Canada étaient nés au Canada et 28,4 % y avaient immigré.*
- *Parmi les aînés ayant immigré au Canada, 61 % étaient arrivés avant 1961, 24 % dans les années 60 et 70 et 15 % entre 1981 et 1996.*
- *19,4 % des immigrants avaient 65 ans et plus, dont 6,2 % avaient immigré au cours des dix dernières années.*
- *Les immigrants de 45 à 64 ans constituaient 35,6 % de la population immigrante, dont 13,6 % étaient arrivés au cours des dix dernières années.*

En raison de l'évolution de l'immigration, la provenance des immigrants est passée de l'Europe (longtemps le principal continent d'émigration au Canada), à l'Asie, à l'Afrique et au Moyen-Orient. La population canadienne compte donc maintenant un

grand nombre de cultures, de religions et de langues. Par exemple, en 1994, seulement 17 % des immigrants provenaient de l'Europe tandis que 57 % venaient de l'Asie. La population immigrante augmente plus rapidement que la population globale du pays. Entre 1996 et 2001, la population totale a augmenté de 4 % alors que la population des minorités visibles a augmenté de 25 %. On prévoit que la population des minorités visibles canadiennes sera de 7,1 millions en 2026, alors qu'elle était de 2,7 millions en 1996.

Il est donc nécessaire de comprendre les défis auxquels sont confrontés les aînés des minorités ethnoculturelles. Comme ces défis les rendent susceptibles d'être « marginalisés », il faut prendre la diversité ethnique et culturelle en considération lors de l'élaboration des politiques et des programmes concernant les aînés.

Enjeux

Un certain nombre de facteurs contribuent à la marginalisation des aînés des minorités ethniques. Les obstacles aux soins de santé et autres services comme ceux causés par les différences de langue et de culture, la discrimination et le racisme, ou le manque d'accès à des sources de revenu, peuvent mener à des situations d'isolement, de dépendance et de pauvreté. D'autres facteurs comme le lieu de naissance, l'âge à l'immigration et le nombre d'années de travail depuis l'immigration peuvent aussi jouer un rôle quant au nombre d'obstacles à surmonter. Toutefois, la marginalisation ne touche pas seulement les personnes nées à l'extérieur du Canada. Beaucoup d'aînés des minorités ethnoculturelles nés au Canada font face à des difficultés découlant du racisme et de l'ignorance. Pour trouver des solutions permettant de répondre aux besoins d'une population vieillissante de plus en plus diversifiée, il faudra un effort de collaboration de la part des fournisseurs de soins de santé, du gouvernement, des organismes de service ainsi que des aînés des minorités ethnoculturelles eux-mêmes.

Revenu

Les améliorations au bien-être économique des aînés ne sont pas ressenties également au sein de la population. En 1995, les immigrants âgés (hommes) avaient un revenu inférieur de 8,5 % à celui des hommes nés au Canada et les immigrantes âgées avaient un revenu inférieur de 9,2 % à celui des femmes nées au Canada . Chez les immigrants âgés, surtout chez les femmes, le taux de pauvreté est plus élevé que chez les aînés nés au Canada. En 1995, 17,5 % des immigrants âgés et 26,5 % des immigrantes âgées avaient un faible revenu, comparativement à 11,5 % des aînés non-immigrants et à 23 % des aînées non-immigrantes .

Cette inégalité s'explique en partie par le fait que le système de pension du Canada tient pour acquis que les gens économiseront durant leurs années de travail en vue de préparer leur retraite. Toutefois, pour les aînés qui arrivent au Canada au milieu de leur vie, leur entrée tardive sur le marché du travail canadien signifie qu'ils ont moins de temps que la majorité des Canadiens pour économiser de l'argent en vue de leur retraite. De plus, les immigrants arrivent habituellement au pays avec peu d'argent. Par contre, même si, par le passé, les immigrants avaient habituellement un revenu inférieur à la moyenne de l'ensemble de la population dans leurs premières années au pays, la plupart réussissaient éventuellement à rattraper leurs concitoyens nés au pays. Il semble toutefois que cela soit de plus en plus rarement le cas. Le Conseil canadien de développement social s'inquiète du fait que les nouveaux immigrants ont plus de difficultés à se tailler une place sur le marché du travail que leurs prédécesseurs, et qu'il est possible que leur revenu n'atteigne jamais la moyenne canadienne .

Le désavantage financier des immigrants du Canada est clairement illustré par le fait que la perspective de la retraite est beaucoup plus incertaine chez les adultes immigrants que chez leurs homologues non immigrants. Selon les résultats de récents sondages nationaux, près de la moitié des immigrants non

retraités âgés de 45 à 59 ans ne savent pas s'ils vont prendre leur retraite ou quand ils vont la prendre. La moitié de ces gens ont également exprimé leurs inquiétudes au sujet de leur préparation financière en vue de la retraite. En comparaison, le tiers seulement des pré-retraités d'origine canadienne ne planifient pas leur retraite ou ne savent pas quand ils la prendront et ne se sentent pas prêts financièrement à le faire .

La situation financière des nouveaux immigrants âgés est encore moins rassurante. En effet, plus l'âge au moment de l'immigration est élevé, plus l'immigrant risque d'être pauvre . Pour ceux qui ont immigré plus vieux, l'accès à des sources de revenu est très difficile. Ayant peu travaillé au Canada, voire pas du tout (n'étant donc pas admissibles aux régimes de retraite du Canada et du Québec), et ne répondant pas aux critères selon lesquels il faut y avoir résidé pendant au moins dix ans pour avoir droit à des prestations de la Sécurité de la vieillesse, il est fort probable que plusieurs immigrants aînés ne puissent pas obtenir une pension de l'État. De plus, même après dix ans, ils ne seront admissibles qu'à des prestations partielles et ne pourront recevoir des prestations complètes jusqu'à ce qu'ils aient vécu au Canada pendant 40 ans.

En outre, leurs possibilités d'emploi sont limitées. Les différences culturelles et linguistiques, la non-reconnaissance de diplômes obtenus à l'étranger ainsi que certains obstacles structurels causés par le racisme peuvent entraver l'accès aux occasions de formation et d'emploi. De plus, les politiques sur la retraite obligatoire à 65 ans peuvent accroître grandement les difficultés économiques des personnes qui dépendent d'un revenu d'emploi.

Les membres des minorités visibles nés au Canada sont également une population plus à risque face à la pauvreté que les autres Canadiens d'origine. Selon une étude, leur revenu est inférieur à celui des autres Canadiens d'origine même lorsque des facteurs comme l'expérience de travail et le niveau de scolarité sont pris en compte. Cela nous laisse croire qu'il y a de la discrimination dans les pratiques relatives à l'embauche et au milieu de travail .

Recommandations pour le revenu

Que les gouvernements provinciaux, en collaboration avec le gouvernement fédéral :

1) Abolissent les politiques de retraite obligatoire et modifient les lois fédérales et provinciales relatives aux droits de la personne qui permettent la discrimination fondée sur l'âge, afin que les aînés des minorités ethnoculturelles puissent continuer à gagner un revenu.

2) De concert avec les organismes professionnels, facilitent la reconnaissance des diplômes obtenus à l'étranger ainsi que des compétences professionnelles.

3) Apportent de l'aide aux organismes afin qu'ils offrent aux immigrants âgés des possibilités de formation, de recyclage, de perfectionnement, de réadaptation professionnelle et de placement.

4) Créent des programmes de placement à l'intention des aînés là où ils n'existent pas, comme des programmes gouvernementaux prévoyant le versement de subventions aux employeurs qui embauchent des aînés à des postes à temps plein ou à temps partiel.

Santé physique

La culture est un facteur déterminant de la santé. Les valeurs culturelles d'une personne peuvent influer sur ses perceptions de la santé et de la maladie, ses attitudes vis-à-vis celles-ci, ses décisions de consulter ou non des professionnels du domaine, et même sa perception de la gravité d'un problème de santé. La santé est aussi influencée par les valeurs de la société dans laquelle nous vivons. Les valeurs façonnent les attitudes qui contribuent au maintien de conditions de stigmatisation, de perte ou de dévaluation de la langue et de la culture ainsi qu'au manque d'accès à des soins et services de santé adaptés à la culture. Tout cela se répercute sur la santé et le bien-être. Par exemple, le taux de diabète est plus élevé chez certains groupes, dont les Canadiens d'origine asiatique ou africaine. Cela s'explique en partie par le fait que, souvent, les membres des groupes ethniques minoritaires ne passent pas de tests de dépistage de la maladie en raison de barrières linguistiques et culturelles. De plus, la majorité de l'information concernant le diabète et les modes de vie sains (sur la diète et l'exercice, par exemple) est rédigée à l'intention des groupes linguistiques et culturels dominants. Très peu de programmes d'information sur la prévention et la gestion du diabète ciblent les aînés des minorités ethnoculturelles.

Comme le diabète constitue un problème de plus en plus grave chez les aînés de certains groupes ethniques, le Conseil ethnoculturel du Canada a récemment conçu et mis à l'essai divers outils d'information multilingues traitant du diabète et de l'activité physique. Les organismes ethnoculturels ont cependant besoin d'aide pour adapter et diffuser ces ressources au sein des collectivités qu'ils desservent.

La consommation de médicaments est aussi influencée par l'origine ethnique et la culture. Le recours à la médecine traditionnelle de leur culture est une pratique assez fréquente chez certains immigrants. L'utilisation combinée de remèdes traditionnels et de médicaments occidentaux peut produire des réactions indésirables et, souvent, les médecins ignorent que leurs patients âgés utilisent les deux types. Une étude auprès de Canadiens âgés d'origine chinoise a montré que certains ne disent pas à leur médecin qu'ils font appel à leur médecine traditionnelle de peur d'être ridiculisés ou d'en être dissuadés. Constatant cela, les chercheurs ont souligné l'importance de comprendre non seulement les effets physiologiques de la consommation de médicaments et remèdes, mais également le contexte social entourant leur utilisation chez les minorités culturelles .

Santé mentale

La santé mentale est un autre secteur préoccupant en ce qui a trait aux aînés des minorités ethnoculturelles, surtout ceux qui ont immigré récemment, car les problèmes sont trop souvent non diagnostiqués et non traités. Le Conseil ethnoculturel du Canada a constaté que plusieurs personnes ne répondaient pas aux questions sur la santé mentale dans ses sondages. Selon le Conseil, les questions relatives à la santé mentale demeurent privées dans bien des cultures. À cela s'ajoute que la plupart des services de santé mentale sont mal adaptés aux besoins des minorités ethniques, de sorte que même les aînés en quête d'aide n'obtiennent pas nécessairement le secours dont ils ont besoin. Une étude auprès d'aînés d'origine chinoise vivant au Canada a révélé que même si les personnes de ce groupe se disent en moins bonne santé mentale et présentent plus de symptômes de dépression que l'ensemble de la population âgée, leur niveau d'utilisation des services de santé mentale est extrêmement faible . En plus des problèmes de santé mentale que peuvent causer les pertes liées au vieillissement chez les aînés de toutes les cultures (par exemple, perte d'un proche, d'une capacité physique, d'un travail rémunéré, d'identité ou de statut), les

immigrants âgés doivent composer avec un ensemble de facteurs de stress liés au fait qu'ils ont quitté leur terre natale. Le fait d'être retiré de sa culture d'origine, de mal comprendre la culture dominante, d'être confronté à des barrières linguistiques et de souffrir d'un manque de contacts significatifs avec des gens autres que les membres de la famille peut mener à l'isolation et à la dépression. Les immigrantes âgées sont très à risque face aux problèmes de santé mentale, car elles sont un des segments de la population les plus aux prises avec l'isolement . Les femmes âgées qui ont rejoint leur famille au Canada se retrouvent souvent dans le rôle d'aidante pour leurs petits-enfants, un rôle qui peut les isoler de leurs pairs, ce qui les rend plus vulnérables face à la dépression et à la solitude .

Utilisation des soins de santé

Les aînés des minorités ethnoculturelles font face à plusieurs obstacles quant à l'accès aux soins de santé. Les croyances culturelles particulières au sujet de la maladie et de la santé influencent les perceptions de la maladie ainsi que l'utilisation que l'on peut faire des soins de santé. Elles peuvent ainsi influer sur la décision d'un aîné à consulter ou non un professionnel de la santé . Les barrières linguistiques peuvent aussi faire en sorte que des aînés ne sont pas en mesure d'expliquer leur problème

Une étude menée auprès des immigrants âgés résidant en Ontario et originaires d'Asie, d'Amérique centrale, d'Amérique du Sud et d'Afrique, a démontré que ces derniers ont moins recours aux services de soins à domicile que les personnes âgées nées au Canada et celles provenant d'Amérique du Nord, d'Europe et d'Australie. Les chercheurs ont supposé que cela pouvait être dû en partie au fait qu'ils ne connaissent pas ces services communautaires et à domicile ou qu'ils les trouvent mal adaptés à leurs besoins culturels .

de santé et le type de service dont ils ont besoin ou de déterminer si le service requis existe bel et bien. Même lorsque le service est connu, les difficultés à communiquer (découlant des différences linguistiques et culturelles) peuvent les empêcher d'accéder au service ou donner lieu à la prestation de soins inadéquats, tels un traitement insuffisant, un examen inutile ou un congé prématuré .

« Lorsque le docteur et le physiothérapeute se sont rencontrés, ils m'ont demandé d'être présente. Je me suis assise là et je n'ai rien compris de leur conversation. Je n'avais aucune idée de ce qui se passait. J'étais simplement assise là, comme un objet inutile . »

Même si on reconnaît que la langue est un des plus grands obstacles à l'accès à l'information sur la santé ainsi qu'aux services et aux soins de santé, il y a, à l'heure actuelle, très peu de ressources pour les services d'interprétation . Les établissements de santé ont plutôt tendance à faire appel à un membre de la famille pour jouer le rôle d'interprète ou, lorsqu'il n'y a pas de famille, à se tourner vers les membres du personnel qui sont du groupe ethnique en question. Cela cause beaucoup de stress chez les familles et les travailleurs (surtout des femmes), qui fournissent gratuitement des services d'interprétation que les gouvernements devraient offrir . En outre, il n'y a pas que les nouveaux immigrants qui connaissent des difficultés en raison de la langue. Bien des aînés arrivés au Canada depuis un certain temps n'ont jamais eu la chance d'améliorer leur anglais ou leur français.

Un autre obstacle à l'accès aux soins de santé est le manque de programmes conçus pour des groupes ethniques précis et le manque de professionnels de la santé qui comprennent la culture des utilisateurs. Un chercheur a découvert que les aînés des minorités ethnoculturelles sont mal servis par le système de prestation de services de santé mentale en raison du manque de

ressources pour des programmes interculturels à l'intention des aînés, du fait que les professionnels de la santé mentale comprennent mal les problèmes des adultes âgés des minorités visibles et qu'il n'y a pas assez de services de psychologie et de consultation offerts dans les langues autres qu'officielles .

Une personne dotée d'un savoir-faire culturel est sensible aux diverses perspectives ethnoculturelles et prête à répondre aux besoins et aux désirs individuels d'une manière adéquate et respectueuse de la culture .

La culture joue aussi un rôle important en fin de vie. Néanmoins, les soins dispensés se limitent souvent au plan physique, c'est-à-dire qu'ils ne tiennent pas compte de l'influence de la culture sur les valeurs et les croyances liées au passage de la vie à la mort .

Mme T. est une dame d'origine vietnamienne qui a immigré au Canada quand elle était jeune femme. Elle s'est mariée et elle est restée à la maison pour s'occuper de ses enfants pendant que son mari travaillait. Ses enfants ont adopté le style de vie du pays et lorsque son mari est tombé malade, ils n'étaient pas disponibles pour prendre soin de leur père. La plupart du temps, Mme T. se rendait seule à l'hôpital pour voir son mari. Elle a essayé d'expliquer aux médecins les soins qui, selon elle, seraient utiles à son mari mais, comme elle ne parle pas beaucoup la langue, elle n'arrivait pas à se faire comprendre. L'hôpital ne lui a d'ailleurs jamais fourni de services d'interprétation. Mme T. croit que la mort de son mari aurait pu être moins pénible sans la barrière linguistique.

Soins prolongés

De plus en plus d'aînés des minorités ethnoculturelles vivent dans des institutions qui ont été créées pour la culture dominante ou de la majorité . Tous les aînés qui sont admis dans un établissement de soins prolongés sont confrontés à un certain nombre de défis (dus au changement de milieu de vie, à la perte du réseau de soutien ainsi qu'à la perte d'autonomie et de vie privée), mais cette adaptation est plus difficile encore pour les aînés des minorités ethnoculturelles. Des chercheurs ont cerné trois grandes difficultés auxquelles font face les personnes de ce groupe : perte de la famille, de la culture (y compris la capacité de communiquer dans sa propre langue) et de la communauté . La façon de composer avec ces pertes varie d'un aîné à l'autre et est souvent influencée par les normes culturelles. Ainsi, les membres de groupes ethniques dont les normes culturelles exigent que les enfants adultes veillent sur leurs parents âgés peuvent ressentir de la honte, du rejet et du déshonneur.

Monsieur P. a récemment subi une chirurgie et il est toujours hospitalisé. Peu de temps après son opération, le personnel a étiqueté Monsieur P. comme « un patient qui refuse de se conformer » parce qu'il continuait de sortir du lit même si on lui avait demandé de ne pas le faire pour faciliter sa guérison. Ce que le personnel de l'hôpital ne sait pas, c'est que, en tant que musulman, Monsieur P. ne fait que remplir ses obligations religieuses qui sont de se tourner vers La Mecque et de faire ses prières cinq fois par jour.

À ces pertes s'ajoute le fait que, parce que le personnel des institutions n'est souvent pas au courant des préjudices et de la discrimination que leurs résidents des minorités ethnoculturelles peuvent avoir connus, le soutien social et émotionnel est parfois inadéquat . Ces

lacunes, combinées aux pertes vécues, peuvent entraîner une détérioration du bien-être physique et mental chez bien des aînés des minorités ethnoculturelles admis dans ces établissements.

Recommandations pour la santé et les soins de santé

Que les gouvernements, universités, collèges, établissements et organismes de santé :

5) Veillent à ce que les professionnels de la santé reçoivent une formation (initiale et permanente) qui leur permette de mieux comprendre les dimensions ethniques et culturelles de la santé, les diverses croyances relatives à la santé et aux soins ainsi que la façon de travailler avec des clients et des familles provenant de différentes communautés ethnoculturelles.

6) Créent des services de santé mentale qui sont spécialement conçus pour répondre aux besoins des aînés des minorités ethniques.

7) Élaborent des politiques qui mènent au recrutement d'un plus grand nombre de membres des minorités ethniques parmi les fournisseurs de services sociaux et de santé, afin que ceux-ci reflètent mieux la diversité ethnique. Par exemple, des politiques qui mèneront à la reconnaissance des compétences professionnelles ou des politiques d'équité en emploi pour les programmes de perfectionnement professionnel.

8) Appuient la promotion de la santé et la création et la diffusion de ressources, programmes et services de santé physique et de santé mentale qui soient adaptés aux diverses langues et cultures.

9) Aident les organismes communautaires à adapter leurs ressources et programmes actuels aux besoins particuliers de la communauté ethnique qu'ils desservent.

10) Mettent sur pied des programmes qui facilitent la transition vers les soins de longue durée en partenariat avec les organismes ethnoculturels communautaires.

11) Affectent les ressources nécessaires à la prestation de services d'interprétation dans les établissements de santé et les institutions.

Soutien familial et services communautaires

On semble croire que la plupart des aînés des communautés ethniques minoritaires sont pris en charge par les membres de leur famille et que ces communautés « s'occupent des leurs ». Même s'il reste beaucoup à apprendre sur l'ethnicité et les modèles de prestation de soutien familial aux parents âgés, nous savons que le fait que certaines familles habitent dans la même maison facilite le soutien, mais il semble que l'ampleur du soutien familial varie beaucoup . Même si on présume souvent que les normes culturelles sont la raison principale qui pousse les familles à habiter ensemble, il s'agit simplement, dans beaucoup de cas, d'une nécessité économique. Les enfants adultes qui parrainent leurs parents sont financièrement responsables de ces derniers durant les dix ans qui suivent leur arrivée au Canada. Mais, on sait peu de choses sur la qualité du soutien offert aux aînés dans ces situations et de l'impact de cette dépendance sur leur bien-être.

On fait erreur en idéalisant les familles d'origine ethnique relativement à l'entraide qu'elles s'apportent. Une telle supposition risque même d'amener à négliger le besoin des aînés en matière de soutien formel et de programmes communautaires . Toutefois, pour sensibiliser efficacement cette population d'aînés, les programmes communautaires doivent être adaptés à différents intérêts et différents besoins. De plus, il faut des méthodes innovatrices pour surmonter les barrières culturelles et linguistiques qui gardent les aînés des minorités ethnoculturelles isolés et les empêchent de participer à des activités récréatives et sociales. De tels programmes peuvent faire d'une pierre deux coups, d'une part en sensibilisant les gens aux modes de vie sains et en les aidant à améliorer leurs connaissances linguistiques, et d'autre part en leur offrant un soutien (consulter l'Annexe pour les recommandations du *Conseil canadien pour les réfugiés*).

Les cours d'anglais ou de français (langues secondes) spécialement conçus pour les immigrants âgés peuvent jouer un rôle important dans le processus d'intégration à la communauté élargie et éliminer bon nombre des facteurs qui risquent de garder les adultes âgés dans l'isolement. Une « pratique exemplaire » reconnaît que les cours de langue ne visent pas que l'apprentissage de la langue, mais sont aussi un moyen de bâtir des réseaux sociaux, de véhiculer de l'information sur l'accès aux services sociaux et de santé et d'encourager la création de liens d'amitié entre des personnes ayant des antécédents culturels diversifiés . Toutefois, les programmes linguistiques gouvernementaux à l'intention des nouveaux immigrants ne sont pas nécessairement adaptés aux besoins particuliers des immigrants âgés.

Le *Health Action Theatre for Seniors* (HATS) de la St. Christopher House à Toronto, comprend des aînés acteurs qui s'expriment en portugais ou en vietnamien. La troupe a créé 27 petites pièces de théâtre non verbales sur des thèmes liés à la santé comme la prestation de soins, la santé cardiaque, la nutrition, le jeu, la toxicomanie, la fraude, l'abus, la négligence et la communication avec les fournisseurs de soins. Le programme HATS, appuyé par le programme de bourses SHARE, a su sensibiliser les communautés d'immigrants âgés de la St. Christopher House .

« Je veux vraiment apprendre l'anglais. Maintenant que je participe à un programme d'anglais langue seconde, tout est différent pour moi : je ne me sens plus isolé, et j'ai rencontré des gens chaleureux et amicaux. » [Traduction]

Recommandations pour le soutien familial et communautaire

Que tous les gouvernements, universités, collèges et organismes de service :

12) Assurent un financement de base stable aux organismes communautaires qui desservent les aînés des minorités ethnoculturelles ainsi qu'aux organismes qui désirent élargir leurs programmes afin de créer de nouvelles occasions de rapprochement pour les aînés de diverses cultures.

13) Reconnaissent les cours d'anglais et de français langue seconde comme une partie importante du processus d'intégration des nouveaux arrivants au Canada, conçoivent de tels cours spécialement pour les aînés et leur offrent gratuitement.

14) Revoient les services afin de déterminer dans quelle mesure ils répondent aux besoins linguistiques et culturels des aînés des minorités ethnoculturelles et, pour ce faire, utilisent le modèle de pratiques exemplaires du Conseil canadien pour les réfugiés.

15) Accroissent le nombre de bénévoles et de professionnels des services sociaux et communautaires de différentes origines ethniques travaillant au sein des organismes de services sociaux et de santé.

16) Fournissent une formation au personnel des organismes de services pour lui permettre de mieux comprendre les différences ethniques et culturelles et de mieux desservir une clientèle provenant d'origines diversifiées.

17) Offrent des options de logement qui permettent aux aînés de décider si, oui ou non, ils vivront avec d'autres membres de leur famille.

18) Créent un centre national d'information afin de faciliter le partage et la diffusion de modèles, de renseignements et d'autres ressources qui aident les organismes à répondre aux besoins des communautés ethnoculturelles.

19) Accroissent la représentation des aînés des minorités ethnoculturelles au sein des conseils consultatifs nationaux, provinciaux et communautaires de planification et d'élaboration des politiques et des programmes.

20) S'assurent d'inclure la diversité ethnique parmi les importants facteurs à prendre en considération dans le cadre de la planification nationale, provinciale et locale axée sur le vieillissement de la société.

Besoins en matière d'information

Au Canada, peu de recherches ont porté sur le vieillissement et l'origine ethnique. Le projet Metropolis actuellement en cours nous apportera de nouvelles connaissances sur les questions d'immigration . Il s'agit d'un forum international sur la recherche comparative et sur l'élaboration de politiques publiques relatives aux mouvements de population, à la diversité culturelle et aux défis de l'intégration des immigrants dans les villes du Canada et d'ailleurs dans le monde. Le but du projet est d'améliorer les politiques publiques sur la gestion des migrations et la diversité culturelle dans les grandes villes. Cependant,

De 1999 à 2003, le programme de bourses SHARE (par l'entremise de l'Université de Pennsylvanie) a financé de petits organismes communautaires du Canada et des États-Unis afin d'améliorer la santé des aînés de race, d'ethnie ou de culture différente. Parmi les résultats découlant de ce programme, on compte de nouvelles connaissances sur les besoins des aînés des minorités ethnoculturelles ainsi que de nouveaux modèles et services visant à répondre à ces besoins .

seulement un petit nombre d'études du projet Metropolis portent sur les immigrants âgés. Il faut effectuer plus de recherches sur cette population, et particulièrement recueillir de nouvelles données sur l'incidence de l'origine ethnique sur le processus de vieillissement, la santé et le bien-être, sur les besoins particuliers des aînés des minorités ethnoculturelles, et sur l'élaboration de mesures adéquates pour répondre à ces besoins.

On ne comprend pas bien l'incidence de l'origine ethnique sur l'adaptation à une situation de soins prolongés; nous devons notamment recueillir plus d'information sur les taux de dépérissement physique et mental ainsi que les taux de mortalité des aînés des minorités ethniques par rapport à ceux des aînés des groupes majoritaires. Une étude menée présentement dans le cadre du projet Metropolis porte sur l'intégration des expériences des immigrants âgés, et l'un de ses volets traitera précisément des pratiques adaptées à la culture au sein des établissements de soins prolongés.

Recommandations pour la recherche et la collecte de données

21) Les organismes publics et privés de financement de la recherche devraient donner la priorité au financement de travaux sur les questions relatives à la santé et au bien-être des aînés des minorités ethniques, et s'assurer que les analyses de données publiques sur les communautés ethnoculturelles comprennent des rapports sur les cohortes des plus de 65 ans. Parmi les sujets de recherche possibles, mentionnons les suivants :

- mesure dans laquelle les politiques et les programmes d'emploi actuels sont efficaces pour aider les immigrants âgés à trouver du travail
- sous-utilisation des services sociaux et de santé par les communautés ethnoculturelles
- moyens efficaces de rejoindre les aînés des minorités ethniques ayant des problèmes de santé mentale ou jugés à risque
- bien-fondé de la prestation de services adaptés à l'origine ethnique parmi l'ensemble des services aux aînés plutôt que de services conçus à l'intention de divers groupes ethniques
- incidence des ménages comptant plusieurs générations et de la dépendance envers la famille sur le bien-être et la qualité de vie des aînés des minorités ethnoculturelles
- habitudes de recherche de soutien formel et informel des familles d'aînés de diverses origines ethniques

22) Que les enquêtes et sondages à l'échelle nationale incluent dans leur échantillon un nombre suffisant d'aînés des minorités ethnoculturelles pour permettre aux chercheurs d'en tirer des données valides sur l'évolution de leur état de santé et bien-être.

Conclusion

Le présent document a cherché à circonscrire certains des grands facteurs qui contribuent à la marginalisation des aînés des communautés ethnoculturelles. Ceux dont la langue et la culture diffèrent de celle de la majorité peuvent souffrir d'isolement et être exposés à la pauvreté ainsi qu'à des problèmes de santé physique et mentale. Les aînés ayant immigré depuis peu au Canada, surtout les femmes, risquent particulièrement d'être marginalisés.

Étant donné que la population du Canada vieillit et devient de plus en plus diversifiée, il est primordial que nous comprenions bien les facteurs de marginalisation afin de pouvoir prendre des mesures pour assurer l'intégration complète, une meilleure qualité de vie et l'égalité aux aînés des communautés ethnoculturelles minoritaires.

Nous croyons que les recommandations du CCNTA pour améliorer le revenu des aînés minoritaires et leur accès aux soins de santé et aux services primaires, communautaires et prolongés, et pour augmenter la recherche axée sur l'origine ethnique et le vieillissement serviront à réduire la marginalisation des aînés des minorités ethnoculturelles du Canada.

Remerciements

Le Conseil tient à remercier les personnes suivantes de leur contribution à la préparation de ce dossier :

- Prof. Anju Joshi, de l'Université McMaster, et M^me^ Sucy Eapen, du Conseil ethnoculturel du Canada (CEC), pour leurs commentaires sur les versions précédentes de ce document;
- M^me^ Gail Elliott, de l'Université McMaster, pour nous avoir procuré les exemples de cas qui figurent dans ce document;
- D^r^ Hugh Grant, de l'Université de Winnipeg; D^r^ Laura Taylor, de l'Université de Windsor; D^r^ Daniel Lai, de l'Université de Calgary; et D^r^ Gwen Yeo, du Stanford Geriatric Education Center, pour nous avoir fourni des exemplaires anticipés de leurs résultats de recherche; et
- M^me^ Sucy Eapen (CEC) et M^me^ Doris Rajon (Institut Roeher), pour leur présentation lors de l'atelier « Les aînés en marge », tenu par le CCNTA lors de la Réunion scientifique et éducative annuelle de l'Association canadienne de gérontologie, en octobre 2003.

Annexe

Conseil canadien pour les réfugiés – *Les meilleures pratiques en matière des services d'établissement pour les réfugiés et les immigrants au Canada*

Les principes suivants peuvent s'appliquer à l'élaboration de programmes et de services à l'intention des minorités ethnoculturelles :

1. Services accessibles à tous ceux et celles qui en ont besoin.
2. Services offerts de manière inclusive, dans le respect de la diversité.
3. Services renforçant l'autonomie des clients.
4. Services répondant aux besoins définis par les utilisateurs.
5. Services tenant compte des dimensions complexes, multiples et interreliées de l'établissement et de l'intégration.
6. Prestation des services assurant pleinement le respect des droits et la dignité des personnes desservies.
7. Prestation des services adaptée à la culture.
8. Services favorisant le développement de communautés de nouveaux arrivants et leur participation à la vie de la communauté élargie ainsi que la création de communautés au sein desquelles les nouveaux arrivants sont les bienvenus.
9. Services offerts dans un esprit de collaboration.
10. Services assurés de manière à rendre compte aux communautés desservies.
11. Services orientés vers la promotion de changements positifs dans la vie des nouveaux arrivants et dans la capacité de la société d'offrir des chances égales à tous.
12. Services axés sur une information fiable et continuellement mise à jour.

Références

Une bibliographie complète est disponible dans le document du même titre affiché dans le site Web du Conseil : www.ccnta.ca

1. Grant, H. M. K et G. Wong Grant. « La discrimination fondée sur l'âge et les droits en matière d'emploi des immigrants canadiens âgés ». Document préparé pour la Commission du droit du Canada, septembre 2002.
   En ligne : www.lcc.gc.ca/fr/themes/pr/oa/grant/toc.asp

2. *Ibid.*, p. 11.

3. Jackson, A. « La pauvreté et le racisme ». *Perception*, vol. 24, nº 4. Conseil canadien de développement social, printemps 2001, p. 6. En ligne : www.ccsd.ca/francais/perception/24/4/pauvrac.htm

4. Statistique Canada. « Enquête sociale générale : soutien social et vieillissement ». *Le Quotidien*, 2 septembre 2003.
   En ligne : www.statcan.ca/Daily/Francais/030902/q030902a.htm

5. Kazemipur, A. et S. S. Halli. « Poverty Experiences of Immigrants: Some Reflections ». *Thèmes canadiens*, avril 2003;
   Grant, H. M. K. et G. Wong Grant, *op.cit.*

6. Jackson, A. *op. cit.*, p. 7;
   Patrimoine canadien. « Les travailleurs appartenant à des minorités visibles sont plus vulnérables sur le plan économique ». Patrimoine canadien, 1998, p. 1.
   En ligne : www.pch.gc.ca/progs/multi/evidence/series2_f.cfm

7. Tjam E. Y. et J. P. Hirdes. « Health, Psycho-social and Cultural Determinants of Medication Use by Chinese-Canadian Older Persons ». *Revue canadienne du vieillissement*, vol. 21, nº 1, printemps 2002, pp. 64, 71.

8. Université de Calgary. « Health and Well Being of Chinese Seniors in Canada ». Résumé de recherche dirigée par Dr Daniel Lai, Faculté de Travail social, Université de Calgary, 15 janvier 2003.
   En ligne : www.fp.ucalgary.ca/unicomm/news/Jan_03/chinese.htm

9. Taylor, L.; S. Taylor-Henley; P. Newman; M. Cheung et L. Spearman. « Resiliency and Well-Being : Reflections of Older Adults on Immigration ». *Final Project Report.* Présenté au Prairie Centre of Excellence pour une recherche sur l'immigration et l'intégration, août 2003.

10. Kobayashi, K. M. cité dans Gee, E.; K. M. Kobayashi et S. G. Prus. « Examining the 'Healthy Immigrant Effect' in Later Life: Findings from the Canadian Community Health Survey ». *Recherche SEDAP,* nº 98. Université McMaster, mars 2003, p. 16.
En ligne : http://socserv.socsci.mcmaster.ca/sedap/p/sedap98.pdf

11. Gee, E. et autres, *op. cit.*

12. Maurier, W. L. et H. C. Northcott. *Aging in Ontario: Diversity in the New Millennium.* Calgary : Detselig Enterprises Ltd., 2000, p. 165.

13. *Ibid.*, p. 166.

14. Conseil consultatif national sur le troisième âge. *1999 et après : les défis d'une société canadienne vieillissante.* Ottawa : 1999, p. 13.

15. Brotman, S. « The limits of multiculturalism in elder care services ». *Journal of Aging Studies,* vol. 17, 2003, pp. 215, 226.

16. *Ibid.*

17. *Ibid.*, p. 225.

18. Lai, D. W. L. « Health status of older Chinese in Canada : Findings from the SF-36 Health Survey ». *Revue canadienne de santé publique,* vol. 95, nº 3, 2003.

19. Ross, M. M.; M. J. MacLean et R. Fisher. « End of Life Care for Seniors: Public and Professional Awareness ». *Educational Gerontology,* vol. 28, nº 5, 2002, pp. 1-13;
Elliot, G. *Cross-Cultural Awareness in an Aging Society : Effective Strategies for Communication and Caring.* Université McMaster, 1999.

20. *Ibid.*, 1999.

21. Ujimoto, K. V. « The Ethnic Dimensions of Aging in Canada » dans R. Neugebauer-Visano, *Aging and Inequality : Cultural Constructions of Difference.* Toronto : Canadian Scholar's Press, 1995.

22. Maclean, M. et R. Bonar. « The Ethnic Elderly in a Dominant Culture Long Term Care Facility » dans M. Novak, *Aging and Society : A Canadian Reader.* Scarborough : Nelson Canada, 1995.

23. Ujimoto, K. V., *op. cit.*

24. Keefe, J.; C. Rosenthal; F. Beland and K. V. Ujimoto. « The Impact of Ethnicity on Helping Older Relatives : Findings From a Sample of Employed Canadians ». *Revue canadienne du vieillissement,* vol. 19, nº 3, 2000.

25. *Ibid.;*
Brotman, S. *op. cit.*, pp. 209-229.

26. Health Action Theatre for Seniors, St. Christopher House Older Adult Centre. En ligne : www.seniorstheatre.org/about_us.html

27. Taylor, L. et autres, *op. cit.*, p. 6.

28. *Ibid.*, p. 29.

29. Metropolis Canada. En ligne : http://canada.metropolis.net/

30. Yeo, G.; H. Ashbridge; K. Jedrziewski; B. Choplick et J. Johnson. *SHARE: Unique Role of Community Based Organizations in Health Services Delivery to Older Ethnic and Cultural Minorities.*
Philadelphia : Institute on Aging, University of Pennsylvania et GlaxoSmithKline, 2004.
Pour commander : hewetta@mail.med.upenn.edu